

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

345 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Prosper DAGUSÉ

né à Cholet, le 15 avril 1888

CONTRIBUTION

à l'étude des localisations osseuses des lymphocytomes

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

48



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552003_0080

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Prosper DAGUSÉ

né à Cholet, le 15 avril 1888

CONTRIBUTION
à l'étude des localisations osseuses des lymphocytomes

Président : M. HARTMANN, Professeur

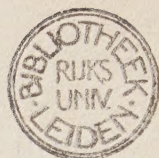
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS



MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELLAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CEIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment^{le}.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHET Fils.. Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÈGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LEREBoullet. Clinique médicale infan-
 tile.
 LÉRI..... Clinique médicale.
 LÉPER..... Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fantile.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 RATHERY..... Clinique médicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
PREY.....		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
 probation.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

Respectueux Hommage.

CONTRIBUTION à l'étude des localisations osseuses des lymphocytomes

AVANT-PROPOS

Il nous a été donné d'observer récemment, dans le service de M. le Professeur Hartmann, une malade présentant une tumeur du maxillaire supérieur et des adénopathies multiples. Comme on le verra, il s'agit d'une histoire confuse, pour laquelle le diagnostic peut être discuté, tant au point de vue clinique qu'histologique.

S'agit-il d'une lymphogranulomatose maligne; s'agit-il d'un lymphocytome ? Il nous a semblé que ce cas pouvait être classé comme lymphogranulomatose maligne. Mais l'on sait à quel point les inflammations ganglionnaires chroniques peuvent simuler les tumeurs malignes. Favre et Colrat insistaient récemment sur le fait que les données histologiques doivent être interprétées avec une grande prudence et ne peuvent à elles seules servir à établir un diagnostic.

De toutes façons, il nous a paru utile de rapprocher les faits observés par nous des observations similaires ayant déjà été publiées.

Ces observations sont rares : dans une récente communication à la Société médicale des Hôpitaux, M. le Docteur Bécère ne rapporte qu'un cas, celui de Pfahler et O. Boyle de Philadelphie, ce cas même ne nous semble pas certain, le malade avait un abcès et Pfahler ne pense à une maladie de Hodgkin qu'à cause du bon résultat obtenu par le traitement radiothérapique. M. Louste en effet, qui avait lui-même communiqué à une séance précédente (séance du 28 Mai 1924) une observation de maladie de Hodgkin avec localisations osseuses, d'interprétation difficile, affirmait n'en avoir trouvé au cours de ses recherches, qu'un seul cas dans la littérature française, cas rapporté dans la thèse de Colrat. Dans cette observation les lésions osseuses, d'aspect inflammatoire, furent trouvées dans le sternum ; à l'autopsie d'un malade mort de lymphogranulomatose.

D'un autre côté, des travaux récents tendent à faire de la maladie autrefois décrite par Hodgkin une entité morbide spécifique, avec une symptomatologie et une évolution particulières, qui nous permettront d'essayer de préciser ce que peuvent avoir de particulier les localisations osseuses de cette singulière maladie, nous essayerons de différencier au point de vue clinique, ces tumeurs osseuses survenant au cours de l'évolution du lymphome malin, des tumeurs d'origine conjonctives et des métases des tumeurs primitives des ganglions lymphatiques.

CHAPITRE PREMIER

CONCEPTION ACTUELLE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE (MALADIE DE HODGKIN)

Sans vouloir refaire un long historique des différentes conceptions de cette maladie, il nous a paru utile de rappeler brièvement les caractéristiques de cette affection, telles qu'elles ressortent des travaux les plus récents, car la confusion la plus extrême a régné longtemps sur ce point de la pathologie, qui commence à peine à sortir de l'ombre.

Bien que n'ayant pu en donner la preuve expérimentale, on tend à faire actuellement de la maladie de Hodgkin une affection de nature infectieuse, dont les quatre symptômes cardinaux sont les suivants : l'hypertrophie ganglionnaire et splénique, le prurit, la fièvre, et le syndrome hématologique.

L'hypertrophie ganglionnaire est habituellement le premier symptôme. Le début se fait pres-

que toujours par un seul carrefour, puis généralement, très rapidement les différents groupes ganglionnaires participent à l'hypertrophie. La consistance des tumeurs lymphatiques est le plus souvent très ferme : la suppuration est exceptionnelle. L'hypertrophie splénique est fréquente : mais sans atteindre jamais le volume qu'elle acquiert dans d'autres affections : elle se fait par à-coups pendant toute l'évolution de l'affection. Il y a cependant des cas certains d'adénie où la tuméfaction de la rate est peu marquée et doit être recherchée.

Le prurit et les éruptions cutanées.

Le prurit serait un des symptômes les plus constants de l'affection : il peut être le premier signe en date mais en général il se remarque surtout après l'apparition des hypertrophies ganglionnaires. Il a comme caractères d'être très accusé, survenant le soir, empêchant le sommeil, rebelle à toute thérapeutique, sans autre altération de la peau, que les lésions de grattage.

La fièvre. — Les modifications thermiques sont assez variables. On peut les ramener à trois types : la fièvre intermittente à poussées successive, la forme continue, la forme rémittente à grandes oscillations. Cependant vers la fin de l'évolution, la température devient très irrégulière et défie toute description. La fièvre est une des caracté-

ristiques de la maladie et plaide en faveur de son origine infectieuse.

Syndrome hématologique. — Le syndrome hématologique se caractérise surtout par une diminution progressive mais lente des globules rouges avec augmentation des hémato blasts. Polynucléose surtout neutrophile, diminution des lymphocytes. Absence de cellules anormales et de modifications sanguines de signification leucémique. Eosinophilie passagère, qui demande à être recherchée, on la retrouve surtout au moment des périodes fébriles.

Histologiquement. — C'est une lésion en remaniement constant. Elle peut prendre les aspects suivants, qui se succèdent en général chronologiquement, mais dont la durée est très variable. La maladie pouvant rester toute sa durée au premier stade ou stade cellulaire.

A ce moment, de stade cellulaire, le ganglion est méconnaissable, il a perdu toute organisation normale. Il y a apparition de cellules très variées : ces éléments sont des lymphocytes, des polynucléaires neutrophiles, des plasmocytes et des éosinophiles. A ce stade l'aspect est donc celui d'une inflammation subaiguë et banale — à réactions polymorphes.

Dans un deuxième stade, *stade néoplasique*, il y a apparition de cellules atypiques bien décri-

tes par Sternberg. Ces cellules volumineuses sont parfois monstrueuses ce qui les a quelquefois fait prendre pour des cellules sarcomateuses.

Stade fibreux. — C'est le stade ultime caractérisé par une sclérose épaisse du ganglion et un polymorphisme moindre. Cet aspect peut s'observer chronologiquement avant le précédent. Aucune autre affection ganglionnaire ne présente cette réaction sclérosante à un degré aussi massif.

OBSERVATION N° 1 (inédite)

(personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Professeur

Hartmann

Mlle G... A. Malade âgée de 82 ans, qui entre à l'hôpital, sur le conseil de son médecin, parce qu'elle présente une tuméfaction de la joue droite et de petites masses dures, mobiles, indolores dans les régions carotidiennes droite et gauche du cou (le 6 Janvier 1925) :

Histoire de la maladie. — Au mois d'Août 1924, en une semaine est apparue une grosse glande, dans la région susclaviculaire droite, en avant du bord antérieur du trapèze. Cette tuméfaction diminua assez rapidement de volume, mais sans jamais rétrocéder complètement, elle commence à essaimer de proche en proche en donnant un véritable chapelet de petites granulations dures dans les chaînes carotidiennes, d'abord droite, puis gauche. Pendant tout ce temps,

la malade se sentait plus fatiguée que d'habitude et elle avait un peu maigri. Elle consulte un médecin qui lui donne un traitement général fortifiant, mais ne fait pas de diagnostic. Au mois de Septembre de la même année, elle constate l'apparition à la joue droite d'une tuméfaction, développée rapidement, et qui a continué à augmenter de volume, mais plus lentement, pour atteindre actuellement la grosseur d'une petite mandarine. *Pendant toute la durée de son évolution, cette tuméfaction a toujours été absolument indolore.*

Antécédents personnels. — Elle s'est toujours bien portée, n'a jamais eu d'enfant, pas de fausses couches.

Son père est mort d'une maladie d'intestin à 71 ans. Sa mère est morte de rhumatismes. Elle a un frère âgé de 69 ans bien portant. Mais deux de ses sœurs sont mortes l'une à 60 ans d'un cancer du sein opéré, l'autre d'un cancer de l'utérus. Voici le compte rendu de l'examen pratiqué lors de son entrée à l'hôpital, le 6 Janvier 1925.

A l'inspection : on remarque une dissymétrie faciale très marquée, la joue droite étant beaucoup plus saillante que la gauche. La peau est un peu plus rosée du côté droit que du côté gauche.

Palpation : On trouve au niveau de la joue droite, dans la région malaire une tumeur du vo-

lume d'une mandarine, régulièrement arrondie, indolore à la palpation, de consistance très duré à la partie supéro-externe, un peu moins dure à la partie inféro-interne. Elle n'adhère pas à la peau qui ne présente pas d'altération à ce niveau, par contre elle est absolument fixe sur le squelette facial sous-jacent, avec lequel elle fait corps. Elle s'étend en haut jusqu'au bord inférieur de l'orbite, en dedans elle atteint presque le sillon naso-jugal, en dehors elle s'arrête à peu près au niveau de l'union de l'os malaire avec l'apophyse zygomatique. En bas elle dépasse légèrement l'arcade dentaire droite supérieure. Quand on fait ouvrir la bouche à la malade, on voit la tumeur soulever la face interne de la joue droite. En écartant la joue on trouve dans le sillon gingival, à l'endroit correspondant à peu près à la canine supérieure droite, une petite ulcération allongée sans caractères particuliers et qui semble due au frottement du dentier de la malade. *Au palper bidigital* de la joue droite, on trouve contre le pôle inférieur de la tumeur un nodule du volume d'une petite noix, dur, indolore et mobile par rapport à la première tumeur. La malade prétend que la vision de l'œil droit est un peu plus faible que celle de l'œil gauche. Aucun écoulement nasal. Toutes les dents sont tombées depuis longtemps.

On trouve de gros paquets ganglionnaires dans les deux régions sous-maxillaires carotidiennes.

nes et sus-claviculaires surtout marquées à droite où ils sont visibles à la simple inspection.

Dans le creux axillaire droit on trouve quelques petits ganglions, il existe une grosse adénopathie dans le creux axillaire gauche. La rate n'est pas palpable, mais elle est percutable sur une hauteur de 4 cm. environ et parallèlement à la dixième côte sur une longueur d'environ 6 ou 7 centimètres. Rien du côté des poumons, ni à l'auscultation, ni à la percussion.

L'état général est encore relativement bon. Le soir de son entrée la malade est à 37°8.

Le 8 Janvier. Ablation d'un ganglion du creux susclaviculaire gauche pour examen histologique.

Résultat de l'examen histologique

(Professeur MÉNÉTRIER)

Le ganglion présente une hyperplasie diffuse de son tissu avec la disparition complète de toute distinction entre les follicules et les sinus. On note une trame réticulée avec épaissement fibreux par places. Répartition uniforme des éléments lymphocytiques typiques ou atypiques avec rares cellules endothéliales par hyperplasie des éléments du reticulum. En assez grand nombre des éléments typiques ou atypiques sont en ka-

ryokinèse. Hyperplasie lymphoïde. Le professeur Ménétrier conclut à un lymphocytome.

Un premier examen de sang a été pratiqué le 21 janvier et a donné les résultats suivants :

Hyperleucocytose.

Polynucléaires : 70 0/0. Pas de leucémie.

Du 23 Janvier au 30 Janvier 1925 la malade est soumise à un traitement Roentgenthérapique caractérisé par les constantes suivantes :

Zone irradiée : région du maxillaire supérieur droit.

Durée de l'irradiation : 1 h. 45.

Dose totale : 4.000 R.

Distance anticathode peau 30 cm.

Localisateur : 9 cm. de diamètre.

Filtre : 5/10 de zinc + 20/10 aluminium.

Eternelle équivalente 40 cent. Intensité = 3,5 M.A.

Il a été pratiqué par la suite, deux autres séries d'applications: 1° du 16 Février au 6 Mars 1925 suivant la même technique, mais dans la région cervicale gauche, 19 séances et du 16 Avril au 25 Avril 1925 dans la région angulo-maxillaire droite, 8 séances.

Evolution

Le 29 Janvier 1925. — Depuis quelques jours la malade se mouche plus facilement du côté

droit. La tumeur du maxillaire supérieur semble avoir légèrement diminué de volume : mais par contre les ganglions susclaviculaires et carotidiens du côté droit sont plus gros, de la taille d'une petite mandarine. Ils constituent deux groupes l'inférieur étant plus volumineux.

Dans la gouttière carotidienne gauche, il existe à un travers de doigt au-dessous de la mastoïde, une masse ganglionnaire dure, de contours à peu près réguliers, située au-dessous du sterno-cleido-mastoidien, auquel elle ne semble pas adhérer, mais dont la contraction l'immobilise. Quelques petits grains de plomb au niveau du creux susclaviculaire gauche. Creux axillaire droit : quelques petits ganglions en chapelet du volume d'une petite amande. Creux axillaire gauche, un ganglion du volume d'une petite mandarine. Dans les aines quelques petits grains de plomb. L'état général est toujours relativement bon.

Le 8 Février 1925.

La tumeur de la joue droite semble diminuer de volume surtout au niveau du creux sous-orbitaire. Mais depuis la veille la malade a l'œil droit qui larmoie et il s'en écoule un peu de pus.

Le 15 Février 1925.

La tumeur de la joue droite a énormément diminué de volume.

La peau prend une couleur noirâtre.
L'œil droit coule toujours.

Le 21 Février 1925.

La tuméfaction de la joue droite a complètement disparu.

La peau seule, sous l'influence de l'irradiation, présente une pigmentation très foncée.

A gauche, la tuméfaction, située au niveau de l'angle du maxillaire a augmenté de volume. De la grosseur d'un œuf de poule, le pôle supérieur de cette tumeur gagne la région occipitale ; le pôle inférieur atteint le milieu du Sterno-Cléido-Mastoïdien.

La malade demande à rentrer chez elle, mais continue à suivre son traitement radiothérapique.

Le 29 Mars 1925. Les narines sont libres. L'état général est excellent. Localement on ne retrouve plus que deux petits ganglions dans la partie externe et droite de la région sus-hyoïdienne.

Le 17 Mai 1925.

A la suite du dernier traitement qui a eu lieu au mois de Mars, la malade n'a cessé de ressentir une certaine gêne à la respiration, et comme ces troubles augmentent, elle vient consulter dans le service. La malade respire par la bouche. Sa voix est légèrement nasonnée, elle se mouche difficilement. L'amygdale droite est le siège d'une petite tumeur du volume d'une amande. Le pilier

antérieur est congestionné et présente même au niveau de la partie moyenne de son bord une petite granulation blanchâtre du volume d'un grain de mil.

A la palpation, la tumeur est dure irrégulière mais nettement différenciée des parties voisines qu'elle n'infiltré pas.

Le 30 Mai 1925.

L'état général est assez satisfaisant bien que la malade ait maigri sensiblement (elle aurait perdu plusieurs kilos). L'appétit est moins bon. Hypothermie à 36° le matin avec ascension à 37°² le soir. De plus la malade présente dans la région épitrochléenne gauche une tumeur dure, bosselle non adhérente à la peau, ni au plan osseux (dans la flexion on la mobilise dans tous les sens) de la grosseur actuellement d'un petit œuf de poule.

Examen radioscopique des poumons. Examen pulmonaire normal. Ombres hilaires exagérées des deux côtés indiquant un état de sclérose des vaisseaux pulmonaires.

Le 1^{er} Juin, 2^e numération globulaire, qui donne les résultats suivants :

Globules rouges : 3.930.709.

Globules blancs : 5.900.000.

Poly neutro : 87 0/0.

Lymphocytes : 9 0/0.

Eosinophiles : 5 0/0.

La malade est actuellement en cours de traitement dans le service.

OBSERVATION N° 2

*Petit et Mouchet (Archives de Médecine
expérimentale et d'Anatomie Pathologique)*

Mlle N..., 59 ans, vient consulter à l'hôpital Necker, le 4 Février 1902, pour une tumeur de la région sternale.

Cette^e tumeur, arrondie, du volume d'une grosse mandarine, est plaquée, pour ainsi dire, au devant de la partie inférieure du sternum, exactement au-dessus de la base de l'appendice xiphoïde. Elle est de consistance ferme, conservant cependant une certaine élasticité. Pas de changement de coloration des téguments qui restent mobiles à la surface de la tumeur. Celle-ci, bien limitée de toutes parts, excepté sur les parties latérales où sa circonférence est moins saillante, adhère entièrement au squelette sternal ; elle ne dépasse pas notablement les bords latéraux de cet os. Elle ne paraît pas présenter de prolongement profond, pas davantage d'envahisse-

ment ganglionnaire dans les territoires lymphatiques voisins.

Le diagnostic n'est pas posé d'une façon précise ; il oscille entre tuberculose, syphilis ou tumeur, bien que notre maître, M. le professeur Le Dentu, penche davantage pour cette dernière hypothèse.

L'augmentation de volume très rapide de la néoformation, qui recouvre vers le 16 Février toute la moitié inférieure du sternum, nous engage à essayer le traitement ioduré, et du 16 au 27 Février, notre malade prend 2 gr. 50 d'iodure de potassium par jour.

La tumeur n'en continue pas moins à grossir, sa consistance devient plus molle, presque fluctuante partout ; sa surface se hérisse de bosselures aillantes. Les ganglion de l'aisselle droite, jusque là intact, acquièrent un volume notable ; on sent tout un chapelet de ganglions mobiles ; un inférieur, assez ferme, est gros comme une noix.

Dans les derniers jours de Février, la malade, qui est peu docile et qui n'est pas hospitalisée — elle vient seulement nous voir tous les 2 ou 3 jours, — se refuse à continuer le traitement ioduré.

Elle revient le 9 Mars et nous constatons une amélioration « fantastique » de l'état local. La tumeur présternale a disparu complètement ; il n'en reste, comme trace, qu'une légère inégalité de la surface du sternum. Quant aux ganglions de

l'aisselle, deux seulement sont sensibles, atteignant à peine le volume d'un petit pois.

Dans les derniers jours du mois de Mars, des phénomènes nouveaux apparaissent et voici ce que nous notons le 2 Avril 1902 :

Au devant du sternum, au niveau de la tumeur primitive, juste au-dessus de la base de l'appendice xiphoïde et tout contre le bord sternal gauche, il existe une nodosité du volume d'une noisette. Les 5° cartilages costaux, droit et gauche, sont très augmentés de volume depuis le bord sternal jusqu'à 4 centimètres environ en dehors. La moitié interne de la clavicule droite est doublée de volume. La peau qui la recouvre à ce niveau est richement vascularisée. On sent dans le creux sus-claviculaire un ganglion arrondi, dur, derrière le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. Dans la région axillaire droite, les ganglions sont augmentés de volume à nouveau ; dans l'aisselle gauche, une masse polyganglionnaire analogue fait son apparition.

La malade est remise au traitement ioduré.

Le 12 Avril, toutes les tumeurs ont grossi, les masses ganglionnaires des aisselles droite et gauche atteignent chacune respectivement le volume d'une orange. La 9° côte droite au niveau de son angle postérieur, et la 11° côte gauche au même niveau, sont doublées de volume.

Le 23 avril. Malgré l'emploi du traitement ioduré, on ne note pas de diminution de volume

dans les différentes tumeurs : bien au contraire. D'autre part, l'examen approfondi des régions thoracique et abdominale ne permet pas de déceler le moindre néoplasme dont les tumeurs multiples du squelette et des ganglions représenteraient les localisations secondaires. Le toucher vaginal, rendu un peu difficile par la présence de l'hymen, fait sentir un col atrophique, parfaitement sain ; le toucher rectal est tout aussi négatif.

Vingt injections quotidiennes de briedure de mercure, faites concurremment avec l'usage externe de l'iodure de potassium, n'amènent pas le moindre changement favorable dans l'évolution des tumeurs.

Le 20 Mai, la tumeur presternale a considérablement augmenté, et, fait nouveau, la peau violacée lui adhère sur toute son étendue. Un fragment de cette tumeur est prélevé sous l'anesthésie locale à la cocaïne pour être soumis à l'examen histologique. Le tissu est assez homogène, ferme, grisâtre, saignant facilement. On suture les deux bords de la brèche ainsi faite dans la tumeur par trois crins de Florence.

Réunion par primam.

Le 11 Juin, la tumeur sternale est encore accrue. On note en dessous du rebord costal gauche, s'étendant de l'appendice xiphoïde à l'extrémité antérieure du 10^e cartilage costal, une grosse tuméfaction diffuse, infiltrant la paroi abdominale, et présentant à la surface un grain rouge, inclus

dans le derme. A la surface du sein gauche, 5 à 6 grains analogues sont disséminés au pourtour du mamelon; semblables en tous points aux grains du squirrhe pustuleux de la mamelle, bien décrit par Velpeau.

Le 2° cartilage costal est doublé de volume.

Enfin les masses ganglionnaires de l'aisselle se sont considérablement accrues, et l'on constate à leur niveau une circulation veineuse exagérée.

Dans les premiers jours de Juillet, l'état général commence à être atteint; perte de l'appétit et des forces, amaigrissement notable.

Le volume des différentes tumeurs déjà constatées est encore accru, et de nouvelles tumeurs font leur apparition. Aussi la malade est-elle admise à la salle Lenoir dès le 5 Juillet et c'est à son entrée que nous notons minutieusement les détails suivants :

La tumeur présternale présente une hauteur de 15 cm. sur une largeur de 9 cm. ; elle se compose de deux parties : une supérieure très saillante (3 centimètres au moins) en avant du plan sternal, avec peau très indurée, très adhérente et rouge violacée à son niveau ; une partie inférieure, plutôt étalée, se continuant insensiblement avec le rebord costal gauche et présentant près de la ligne médiane un grain cutané rouge. La tumeur adhérent solidement au squelette.

Le 2° cartilage costal est, comme le droit, le siège d'une tumeur du volume d'une noix.

Les adénites axillaires ont changé d'aspect ; les ganglions se sont fusionnés presque complètement en une masse bosselée soulevant le grand pectoral, descendant jusqu'au voisinage du mamelon, repoussant en arrière la paroi postérieure de l'aisselle et empêchant l'adduction complète marquée.

Les ganglions sus-claviculaires droits ont encore augmenté de volume ; il en existe d'aussi volumineux dans le creux sus-claviculaire gauche qui n'en présentait pas lors de notre dernier examen.

Dans le sein gauche, sous le mamelon et en dedans de lui, on sent une tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, au niveau de laquelle la peau est rouge et adhérente.

Dans le sein droit, deux grains rouges, gros comme des pois, sont enchassés dans le derme.

Enfin deux localisations osseuses nouvelles attirent notre attention : à la partie moyenne du cubitus gauche, une tumeur fusiforme du volume d'une noix ; et à la partie moyenne de l'épine de l'omoplate gauche, une tumeur haute de 4 centimètres, large de 6, se perdant insensiblement dans les fosses sus et sous-épineuses.

A la fin de Juillet, l'état général de la malade est précaire : anorexie complète, insomnie, amaigrissement progressif, dyspnée assez marquée avec phénomènes d'épanchement pleural à droite et râles crépitants au sommet, élévation de la tempé-

rature le soir 38°5, 39°, avec légère rémission matinale.

En Août 1902, la malade quitte l'hôpital, pour « aller mourir chez elle ». Elle cesse de donner de ses nouvelles durant près de trois mois ; mais le 31 Octobre 1902, elle revient à la Clinique de Necker complètement transformée : Il n'existe pour ainsi dire, plus trace des tumeurs multiples si volumineuses que nous avons notées en Juillet ; un examen très approfondi permet seulement de constater deux petits ganglions dans l'aisselle gauche, 4 ou 5 petits dans le creux sus-claviculaire du même côté, une très légère augmentation de volume de la moitié interne de la clavicule droite avec inégalité de sa surface et de la partie moyenne de l'épine de l'omoplate gauche.

Partout ailleurs, la peau un peu rosée ou légèrement œdématiée atteste seule le siège primitif des tumeurs disparues.

A l'auscultation nous constatons des signes de tuberculose pulmonaire à la 2^e période. La malade a eu en Août une assez abondante hémoptysie.

L'état général est assez bon, la malade reprend du poids, des forces, et vaque à ses occupations.

Mais voici qu'elle revient nous voir le 8 février 1903. Son état s'est aggravé ; les téguments sont mamelonnés par d'innombrables masses néoplasiques réparties sur le tronc et le cou : tumeur

de l'omoplate gauche comblant la fosse sous-épineuse, longue de 17 centimètres et large d'autant, prolongée en dehors par une bosselure presque indépendante, du volume d'une mandarine ; tumeur sous-cutanée, étalée sur la face postérieure des apophyses épineuses de la 7 et 10 ; tumeurs ganglionnaires multiples du cou depuis l'extrémité inférieure de la glande parotide jusqu'au bord postérieur de la clavicule, dans les régions carotidienne et sus-claviculaire, certaines atteignant le volume d'une mandarine. Toutes ces tumeurs sont fermes, assez rénitentes encore au cou, mais non au niveau des os, où elles sont presque dures.

Une des tumeurs ganglionnaires du cou est extirpée et soumise à l'examen histologique.

Mlle N... vient nous voir assez régulièrement et nous notons chaque fois les progrès des différentes tumeurs. Ce sont surtout celles du côté droit du cou et de l'omoplate gauche qui atteignent un développement rapidement considérable.

Les ganglions mastoïdiens et carotidiens supérieurs droits déforment complètement le côté correspondant du cou, ils dédoublent presque le lobule de l'osциlle et repoussent en dehors le pavillon. Au niveau des masses ganglionnaires les plus saillantes, la peau et légèrement adhérente et fortement vascularisée, d'où une coloration violacée en quelques endroits.

Quant à la tumeur de l'omoplate gauche, elle

envahit peu à peu le bord axillaire et la face antérieure de cet os, comblant en grande partie le creux axillaire correspondant et gênant considérablement les mouvements d'extension et d'abduction du bras. La consistance en est un peu molle en haut, rénitente partout ailleurs .

Une nouvelle tumeur est étalée à gauche sur les 7°, 8°, 9° côtes, au niveau de leur angle postérieur ;

Un segment de la tumeur scapulaire est extirpé le 4 Avril pour être examiné au microscope ; le stroma de cette tumeur est mou, parsemé de petites cavités renfermant une grande quantité d'élément ramollis, ressemblant presque à du pus épais.

Malgré une suture profonde au catgut et une suture superficielle au crin de Florence, la plaie opératoire ne cicatrise pas, il reste à la place une ulcération d'apparence sarcomateuse, qui tend à s'agrandir.

On prescrit le traitement arsenical, et on essaie le collargol, mais en vain.

Mai 1903. — Les tumeurs grossissent de plus en plus et dans la première semaine du mois, on voit apparaître un œdème d'apparence éléphantiasique sur le bras d'abord, puis sur l'avant-bras du côté gauche. Des mouchetures pratiquées avec une lancette sur le membre œdématié permettent l'écoulement d'un liquide séreux assez abondant,

mais l'œdème n'en persiste pas moins, progressivement croissant.

Dans les derniers jours du mois de Mai, on note la présence sur le bras, puis sur l'avant-bras en de nombreux endroits de grains cutanés de forme lenticulaire, aplatis rosés à la périphérie. Certains de ces grains sont isolés, d'autres sont disposés par groupes de trois ou quatre, surtout sur la face antérieure et le côté externe du coude ; on en compte 18 ou 20, dont le diamètre s'accroît progressivement sans que le volume devienne plus saillant.

Les tumeurs du cou, surtout à droite, envahissent la face qu'elles déforment.

L'état général s'altère rapidement pendant le mois de Juillet et les tumeurs deviennent de plus en plus envahissantes. Le 6 Août, Mlle N... succombe dans la cachexie.

Examen anotomo pathologique -- Résumé

L'autopsie met en évidence en outre des masses sus-indiquées, une série de noyaux d'aspect identique, siégeant dans la capsule adipeuse des deux reins et dans le grand épiploon ; de plus le poumon présente des lésions tuberculeuses avancées et le foie un kyste hydatique guéri.

B. Les diverses masses néoplasiques ont toutes une structure très comparable ; elles sont es-

sentiellement constituées par une accumulation de cellules, offrant un ensemble de caractères communs : le protoplasme se colore difficilement, le noyau par contre présente une hyperchromaticité accusée et il est le siège de très nombreuses karyokineses qui sont toutes anormales. En outre le tissu néoplasique renferme d'innombrables leucocytes polymorphes, à granulations neutrophiles, entrant pour une proportion non négligeable dans la constitution des tumeurs : leurs noyaux sont frappés de dégénérescence pycnotique.

C. Quelques rares cellules polyédriques à noyau excentrique et à cytoplasma finement granuleux douées d'une acidophilie marquée plus d'assez nombreux macrophages.

D. Le secouage et le pinceautage mettent en évidence un élément de structure particulièrement important, qu'on ne peut voir sur les coupes préparées suivant les méthodes habituelles.

Toutes les masses néoplasiques sans exception renferment une trame réticulée qui rappelle le tissu adénoïde normal. On peut donc conclure que ces masses néoplasiques doivent prendre place dans la catégorie des lymphadenomes.

Le sang a été l'objet de nombreux examens, mais à aucun moment il n'a présenté de modifications très accentuées. A titre de documents, nous donnerons les résultats de deux entre eux :

Nombre par m/m cube	20 Mai 1902	8 Fév. 1903
Hématies	4.030.000	3.060.000
Leucocytes	12.000	15.000
Teneur en hémoglobine..	12 0/0	10,5 0/0
Lymphocytes	40 0/0	39 0/0
Polynucléaires neutrophiles	55 0/0	58 0/0
Acidophiles	5 0/0	3 0/0

OBSERVATION N° 3

Pfahler et O. Boyle (in the American Journal
of Roentgenology and Radiumtherapy, New-York,
Mai 1924, vol. XII, p. 406)

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de 16 ans, admise en médecine dans le service du Dr. W. F. Monaghan qui l'adressa au service de Roentgen-therapie pour examen et traitement le 9 décembre 1920.

L'accroissement de volume des ganglions de la partie droite du cou avait été noté par la patiente en Décembre 1919. Une application locale de rayons X fit disparaître les tuméfactions, mais ils s'hypertrophient de nouveau pour atteindre un volume considérable en Juillet 1920. Les tuméfactions

tions ganglionnaires deviennent progressivement plus considérables et évoluèrent rapidement des 2 côtés du cou et dans les deux aisselles. Tuméfactions non douloureuses — pas de symptômes subjectifs.

Examen le 9 Décembre 1920. — La malade était de petite stature, amaigrie et d'aspect anémique avec des tumeurs lymphatiques du côté droit du cou : se composant de glandes isolées d'une consistance uniforme, formant une masse de la grosseur d'un poing. A gauche, une chaîne ganglionnaire de même consistance mais environ moitié moins importante et un groupe de glandes du volume d'un œuf de poule dans chaque aisselle. Rien à la palpation dans l'abdomen ou dans les aines. Il n'y avait ni fluctuation, ni tendance au ramollissement. Aucune apparence de ce qu'on trouve dans les adénites tuberculeuses.

Non réglée depuis 7 mois.

Examen des crachats négatif. Rien à l'examen du nez de la trachée et des amygdales.

L'examen aux rayons X montre l'existence d'une masse médiastinale presque égale à la tête de la patiente. L'ombre de la tumeur se continuait avec l'ombre du cœur, ces deux ombres occupaient à elles deux la moitié de la cavité pulmonaire. Les bords de l'ombre tumorale étaient nets, réguliers non pulsatiles. Les poumons sont clairs.

L'ombre du cœur est normale.

Réaction de Wasserman négative. Examen de sang (9 Décembre 1920).

Numération globulaire :

G.R. 3.430.000 ; G.B. 14.200.

Formule sanguine :

Poly 71 0/0 ; Formes de transition 5 0/0 ;
Lymp. 22 0/0 ; Eos 2 0/0.

L'examen histologique d'un ganglion cervical prélevé par biopsie montra l'existence d'une maladie de Hodgkin.

Elle est traitée à l'aide des rayons X et reçoit en 18 mois cinq irradiations successives sur chacun des 2 côtés du cou, sur chacune des deux faces antérieure et postérieure du thorax. Chaque irradiation est donnée pendant quarante minutes, à 40 centimètres de distance entre le foyer du rayonnement et la peau, avec une ampoule traversée par un courant de 5 milliampères sous une tension correspondant à une étincelle équivalente d'environ 23 centimètres : le rayonnement est filtré au travers de 6 millimètres d'aluminium. Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs ganglionnaires régressent et disparaissent ; l'état général se relève, l'appétit, le poids et les forces augmentent, les règles réapparaissent. Bref, onze mois après la première irradiation, la santé est redevenue excellence ; c'est tout au plus si, à la partie supérieure du médiastin, on reconnaît encore sur

le cliché radiographique quelque trace de la maladie. Cependant, un an plus tard, on revoit la malade qui présente à la hanche gauche, en arrière du grand trochanter, une tumeur du volume d'une petite banane, très dure, de consistance osseuse, aussi perméable, toutefois aux rayons de Roentgen que les parties molles avoisinantes. Rien aux os de la hanche. On pense à la migration possible d'un abcès froid d'origine osseuse dans la masse des fessiers, et l'exploration radiologique de la région sacro iliaque révèle une disparition du tissu osseux de la portion supérieure du sacrum qui s'étend du bord interne de l'articulation sacro-iliaque droite à l'articulation sacro-iliaque gauche, avec participation de la portion adjacente de l'os iliaque gauche dans un rayon d'environ deux centimètres et demi. C'est l'aspect de la tuberculose osseuse, mais avec une délimitation nette qui n'appartient pas aux lésions tuberculeuses.

Le 15 Juin 1923, la malade reçoit sur les régions en question une irradiation de Roentgen à la dose et suivant la technique précédemment employée pour les tumeurs ganglionnaires. Quand elle revient le 9 Août 1923, c'est-à-dire huit semaines seulement après cette unique irradiation, sa tumeur rétrochantérienne a disparu et les lésions osseuses sont réparées, comme le montre un nouvel examen radiographique. C'est un succès trop prompt pour qu'on puisse penser encore à des lésions tuberculeuses. Comme le font remar-

quer Pfahler et O'Boyle, si, chez un sujet manifestement atteint de maladie de Hodgkin, la disparition des tumeurs ganglionnaires sous l'influence de la roentgenthérapie est un fait banal, par contre la disparition des lésions osseuses sacro-iliaques et de la tumeur avoisinante, après l'administration d'une dose d'érythème cutané, constitue un fait tout à fait remarquable et qu'ils croient unique, leurs recherches bibliographiques ne leur ayant rien révélé d'analogue.

OBSERVATION N° 4

Sur un cas de maladie de Hodgkin ayant présenté
au cours de son évolution des lésions osseuses
(vertébrales et sternales) d'interprétation
difficile

Louste, Thibaut, Valière-Vialeix
déjà présenté par M. Laignel-Lavastine à la Société
Médicale des Hôpitaux, à la séance du

Il s'agissait d'un cas typique de maladie de Hodgkin ayant débuté, en Août 1921, par un prurit violent, bientôt suivi de douleurs, sciatiques et de signes infectieux avec abattement, courbature, insomnie, poussées fébriles et frissons, pendant

que s'installaient les adénopathies volumineuses du cou, des aisselles et du Médiastin, mais sans plénomégalie. Rien d'important n'était à signaler dans les antécédents du malade. Le Wassermann était négatif. La formule sanguine était à peu près normale, avec 5 o/o d'éosinophiles. La biopsie pratiquée sur un ganglion était caractéristique : large nappe de sclérose jeune, encerclant de nombreuses cellules inflammatoires polymorphes où dominaient les polynucléaires, les grands mono, les cellules fusiformes du tissu conjonctif en voie d'hyperplasie, de nombreuses cellules éosinophiles, enfin des cellules dites de Sternberg.

Le malade fut soumis à huit séances de radiothérapie (une séance par semaine ; plusieurs territoires irradiés, à chaque fois, mais aucun plus de six fois et cinq heures à chaque fois).

Le traitement au début fatigue le malade, augmente la température. Puis brusquement, après une réaction plus vive, le malade se sent transformé, tous les symptômes généraux semblent avoir disparu et dans les jours suivants les ganglions diminuent rapidement de volume. En Février 1922, il ne persiste plus que des ganglions carotidiens petits et durs. La biopsie confirme la guérison en montrant la disparition des polynucléaires, l'abondance des plasmazellen, la généralisation de la sclérose, et MM. Laignel-Lavastine et Coulaud, en présentant le malade, se demandent si la guérison sera définitive, voulant l'es-

pérer à cause de l'amélioration subite qu'ils ont eue.

Il n'en a malheureusement rien été, puisque, quelques jours seulement après la présentation du malade, une forte poussée de température avec frissons apparaissait, se maintenant les jours suivants entre 37°5 et 38°5. Les ganglions augmentèrent à nouveau de volume, les douleurs et le prurit réapparurent. Quelques séances de radiothérapie furent refaites à Laënnec. Il y eut soulagement et reprise des symptômes, si bien que le malade vint au bout de quelques mois nous consulter à l'hôpital Saint-Louis. A ce moment (13 Novembre 1922), le malade, homme robuste de 31 ans, présente les symptômes suivants :

Les *téguments* sont le siège d'une éruption généralisée de prurigo (tronc, membres, face), nombreuses excoriations linéaires de grattage, dues au prurit violent. Les éléments anciens laissent des taches de pigmentation brunes.

L'*hypertrophie ganglionnaire* est manifeste, surtout marquée aux *régions carotidiennes*, masses dures de ganglions agglomérés plongeant jusque dans les creux sus-claviculaires; elle existe encore aux *ganglions axillaires*, du côté gauche surtout, où ils sont durs et bien séparés les uns des autres, alors que les *ganglions inguinaux* ne sont que très légèrement hypertrophiés. Mais, en outre, sur la face antérieure du thorax dans la partie interne du 2° espace intercostal droit existe une

voussure ovale de 4 centimètres correspondant à une masse très dure et adhérente au plâstron sterno-costal. La participation sterno-costale au processus est très vraisemblable et est à retenir tout spécialement, et à rapprocher des phénomènes vertébraux que nous verrons plus loin.

L'adénopathie médiastinale, enfin, est très marquée. Elle se traduit par deux zones de matité parasternale en avant, surtout à droite, et paravertébrale en arrière, surtout à gauche. L'examen radioscopique montre un voile des deux sommets et une ombre très marquée de chaque côté de l'ombre médiane sterno-vertébrale dans sa partie supérieure, enfin une masse volumineuse se montrant sur le bord gauche du cœur en face du point G.

Des signes de compression traduisent, du reste, ces adénopathies ; souffle tubaire aux deux temps dans les régions scapulo-vertébrales, gêne respiratoire, douleurs vives dans la partie postérieure du thorax. Ajoutons à cela deux signes pouvant être interprétés, comme des signes de compression et analogues à ceux récemment présentés par M. Jacob, *phéno-oculo-pupillaires* et *tachycardie habituelle avec extrasystole*.

Les phéno-oculo-pupillaires se réduisent au myosis de la pupille droite avec conservation des réflexes.

La tachycardie est à 120 environ, les extrasystoles fréquentes.

La *rate* est toujours de volume normal. Le *foie* n'est pas hypertrophié. La formule sanguine est la suivante :

Hématies	5.980.000
Leucocytes	8.700
Polynucléaire neutrophiles	84
— éosinophiles	6
Grands mononucléaires	2
Moyens —	6
Lymphocytes	2
Polynucléose avec légère éosinophilie	

Traitement. — Un traitement par l'*iodaseptine* intraveineuse est institué du 20 Novembre au 30 Décembre 1922 (une ampoule de 5 cc. tous les deux jours, puis deux ampoules). Au cours du traitement il se produit au niveau des papules de prurigo des ulcérations lenticulaires ou plus grandes laissant écouler un liquide d'aspect séreux ; en même temps traînées de lymphangite et œdème qui disparaissent en quelques jours, alors que les ulcérations furent plus longues à guérir.

Mais le malade éprouva du fait du traitement une notable amélioration de l'état général, avec abaissement de la température, *grosse diminution du prurit*. Par contre, ni les douleurs, ni les ganglions ne diminuèrent, et le malade est soumis, à partir du 18 Janvier 1923, dans le service du Dr Belot, à une série d'irradiations. Dans la crain-

te de réactions générales trop vives, le Dr Belot et son assistant le Dr Nahan employèrent d'abord la radiothérapie non pénétrante. Du 18 Janvier au 12 Mai 1923, les doses employées furent les suivantes :

a) *Région sterno-costale, côté droit et côté gauche* : 64 h. en 16 séances de 4 h. à huit ou dix jours d'intervalle ;

b) *Région sus-claviculaire et cervicale droite et gauche* : 32 h. en 8 séances de 4 h. ;

c) *Région axillaire gauche* : 4 h.

Le résultat de cette série d'irradiations fut tout d'abord une notable diminution des tumeurs ganglionnaires et surtout de la masse sterno-costale, une atténuation de la gêne respiratoire. Mais l'amélioration ne fut que passagère, et c'est peu après la fin du traitement que survint un nouvel épisode dans l'histoire du malade sur lequel nous voudrions particulièrement insister.

Depuis quelques mois le malade se plaignait de douleurs cervicales exagérées par la marche. Elles devinrent progressivement plus intenses, et au début de Juin 1923 des symptômes d'ordre moteur et sensitif firent leur apparition et permirent de soupçonner une compression médullaire. Ce furent : une gêne dans la marche, des sensations de fourmillement et de lourdeur dans les membres inférieurs, quelques légers troubles de la miction

et de la défécation, de la frigidité génitale. Les douleurs dont se plaignait le malade depuis quelque temps siégeaient au niveau de la 1^{re} dorsale et des dernières cervicales. Elles s'étendaient de chaque côté vers la racine des membres, sans irradier dans ce derniers. Cependant, des fourmillements dans les doigts étaient accusés.

L'examen, à cette date, montre comme symptômes objectifs les phénomènes suivants :

La *force musculaire* est à peu près intacte aux membres inférieurs. Il en est de même au membre supérieur droit, alors qu'au niveau du membre supérieur gauche (où il existe déjà, par suite d'une blessure de l'avant-bras ayant intéressé le cubital, une atrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar) la force musculaire du pouce, conservée jusque là, est diminuée.

Les *réflexes tendineux* (rotuliens et achilléens) sont fortement exagérés aux membres inférieurs, avec trépidation épileptoïde. Le *Babinski* est positif des deux côtés. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont affaiblis.

Les *réflexes de défense* sont difficiles à obtenir. Après examens répétés, on ne peut mettre en évidence un réflexe discret qu'à partir d'une ligne située au-dessus de la ligne bimamelonnaire, répondant, par conséquent, au 2^e segment dorsal environ.

L'examen de la sensibilité, par contre, montre une *notable hypoesthésie* portant sur la sensibilité à la douleur et à la chaleur, atteignant toute la partie inférieure du corps jusqu'au-dessous des clavicules. La sensibilité des membres supérieurs paraît normale.

L'ensemble de ces symptômes nerveux, comme on le voit, a le caractère d'une compression médullaire siégeant à peu près au niveau de la 1^{re} dorsale et des dernières cervicales. D'ailleurs le malade présente une base du cou complètement déformée. Attribuable, au premier abord, aux tumeurs ganglionnaires, on se rend vite compte qu'il existe, en plus, un tassement du cou considérable, la tête paraissant enfoncée dans les épaules, une *raideur* très marquée de toute la région obligeant le malade à se tourner tout d'une pièce. Il n'existe cependant pas une grosse déformation vertébrale, visible en arrière en dehors d'une certaine angulation des apophyses épineuses en regard de la 7^e cervicale et une scoliose légère à concavité gauche. La palpation et la percussion sont légèrement douloureuses au niveau de cette vertèbre.

Le malade fut montré au Dr Sicard en Juin 1923. Il confirme le diagnostic de compression médullaire et demande une radiographie faite par M. Contremoulin, et sur les lésions constatées conclut à un mal de Pott. Voici, d'après M. Belot, les lésions constatées sur les clichés : « Disparition des

4°, 5° et 6° cervicales portant sur la portion gauche de ces vertèbres. Le corps vertébral, un peu raréfié, a conservé sa forme générale, mais les lames et apophyses articulaires gauches sont impossibles à reconnaître ; elles sont remplacées par une ombre diffuse, à peine visible, dans laquelle on devine encore quelques *éléments plus denses rappelant la charpente générale des portions atteintes*. Les apophyses postérieures sont conservées. On note des espaces clairs augmentés de volume au niveau des fibro-cartilages intervertébraux, 4 à 5, 5 à 6, 6 à 7. Cet espace clair dû à la destruction constatée et aussi à la dislocation de la colonne cervicale par rupture d'équilibre. De toutes les vertèbres atteintes, la 6° est la plus touchée, la 7° n'est pas indemne. Sa tête s'incline sur la gauche par concavité de la colonne cervicale ; un examen latéral de la colonne cervicale fait avec la colonne dorsale un angle plus marqué que normalement (1) ».

Pour des raisons que nous exposerons plus loin, M. Belot pense à une lésion néoplasique des vertèbres et n'hésite pas, à partir de ce moment-là, à employer les irradiations pénétrantes. L'appareil utilisé fut le poste N° 3 de Gaiffe, avec bobine donnant une tension de 200.000 volts aux

(1) Le traitement radiothérapique a été assuré et surveillé par MM. les Drs Belot et Nahau.

bornes d'un tube Standard fonctionnant dans la cuve à huile :

De Juin à Septembre, les doses furent les suivantes :

Première série (Juin et Juillet) :

Région cervico-dorsale	30 H.
— sterno-claviculaire et cervicale droite	8 H.
— — — — gauche	8 H.

Deuxième série (Septembre) :

Région cervicale et parotidienne gauche	17 H.
— cervico-dorsale	15 H.
— de l'aisselle gauche	17 H.
— de l'aisselle droite	17 H.

Sous l'influence de ces irradiations et de l'immobilisation dans un corset plâtré, il y a amélioration progressive des phénomènes parétiques, si bien qu'au mois de Septembre il peut monter tout seul un escalier, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Il va alors à la campagne où il engraisse de 10 kilogrammes ; les forces reviennent.

Le 25 Novembre, il entre à nouveau dans le service (Dr Louste). L'amélioration éprouvée se maintient encore. Le malade accuse cependant du prurit. En Décembre, les radiations pénétrantes sont reprises, mais le 15 Décembre, en cours de traitement, le malade est pris de frissons, malaise

général, la température monte à 40°, puis redescend à 37°5 au bout de trois jours. Le 25 Décembre, on note un gros œdème du membre supérieur gauche avec œdème très léger des membres inférieurs. Albumine : 20 grammes. Régime déchlорuré. Les œdèmes des membres inférieurs disparaissent rapidement. Seul persiste plus longtemps le gros œdème du membre supérieur gauche qui a disparu à l'heure actuelle. Il était dû à la compression des vaisseaux par une grosse masse ganglionnaire de l'aisselle ayant subi une forte augmentation de volume. Le prurit est devenu plus intense, mais les symptômes médullaires ne se sont pas aggravés. Le malade a donc fait une nouvelle poussée infectieuse qui, cette fois, en plus des symptômes généraux et locaux (adénopathies) s'est manifestée par une grosse albuminurie.

Le traitement radiothérapique profond interrompu par cet incident a été repris en Janvier. Voici les doses pour la période Décembre-Janvier :

Région cervicale et parotidienne gauche ...	15 H.
— cervico-dorsale	15 H.
— de l'aisselle gauche	15 H.

L'ablation momentanée du plâtre nous ayant permis un examen complet, voici à la date du 20 Janvier l'état du malade :

Etat général : satisfaisant, plus de température. *Adénopathies* : région cervicale : à gauche

il existe une grosse masse cervicale sous-sterno-mastoïdienne, empiétant peu sur les régions sous-maxillaire et sus-claviculaire. A droite, tout petits ganglions isolés.

Aisselle : A gauche, masse ganglionnaire de la grosseur du poing sous le bord du grand pectoral. Quelques petits ganglions en arrière. A droite, quelques petits ganglions durs et isolés, de même sous le grand pectoral ; beaucoup moins volumineux qu'à gauche.

Thorax : L'on n'observe plus la grosse voussure ovalaire déjà signalée à droite qui englobait le plastron *sterno-costal*.

Notons que la peau de toutes ces régions (partie supérieure du thorax, région cervicale) présente une pigmentation brunâtre.

Elle est épaissie, a perdu son élasticité. Elle est le siège d'un œdème chronique que le doigt peut encore mais faiblement déprimer en godet. La palpation de toute la région (des ganglions en particulier) est rendue difficile par l'infiltration cutanée.

Poumons et médiastin : Les signes de compression médiastinale se réduisent à la constatation d'un souffle hilaire intense dans les régions interscapulo-vertébrales, à une submatité des sommets en arrière et diminution générale de la respiration dans toute l'étendue du poumon gauche

en avant, avec en arrière à la base gauche une zone de submatité avec diminution des vibrations thoraciques, pas de souffle mais quelques frottements.

Les phénomènes oculo-pupillaires (myosis du côté droit) existent toujours et la tachycardie persiste très atténuée sans extrasystoles.

A l'examen radioscopique :

La *rate* n'est toujours pas augmentée de volume. Le foie, par contre, dépasse de trois travers de doigt le rebord costal.

Les *urines* sont foncées rougeâtres : l'albumine est encore à 1 gramme, pas de cylindres épi-théliaux.

La *formule sanguine* est peu modifiée.

Le prurit persiste, et il existe toujours sur la peau les taches de pigmentation consécutives aux papules de prurigo.

Les *symptômes de compression médullaire* sont très atténués.

Les troubles de la sensibilité (hypoesthésie du tronc et des membres inférieurs) ont disparu. La marche est normale.

Aux membres *inférieurs*, on note un Babinski à gauche avec un peu d'exagération des réflexes. Pas de réponse à droite.

Réflexes crémastériens et abdominaux existent, un peu diminués pour les abdominaux.

Aux *membres supérieurs*, la force musculaire est conservée pour tous les segments, sauf pour la main gauche où la force est très diminuée. Il existe une atrophie des interosseux, des éminences thénar et hypothénar, d'où l'aspect en main de singe type Aran-Duchenne, avec déformation en bateau du dos de la main. La blessure du cubital déjà signalée ne peut expliquer tous ces symptômes. L'atrophie de l'éminence thénar et la diminution de la force du pouce doivent être envisagées comme un reliquat de la compression médullaire.

Les réflexes radiaux et olécraniens sont diminués des deux côtés.

Mais si les signes de compression médullaire ont beaucoup diminué, par contre l'aspect si spécial de la base du cou n'a pas subi de grand changement, et l'on peut toujours constater ce tassement et raccourcissement du cou déjà signalé. Il est plus marqué à gauche du côté des lésions vertébrales. Il y a toujours angulation de la colonne en face de la 7^e cervicale, une scoliose à concavité gauche. Une limitation des mouvements de latéralité à gauche et, cependant, la radiographie nous montre une amélioration notable des lésions vertébrales tout à fait intéressante au point de vue de l'interprétation que l'on peut en donner. Voici, d'après M. Belot, ce que montre le cliché : « Les vertèbres cervicales touchées ont repris une forme presque normale, et il n'existe qu'une bien faible

différence de densité entre les côtés gauche et droit des 4° et 5° cervicales ; on distingue assez nettement les lames latérales, les apophyses articulaires sont moins nettes. D'une façon générale, la silhouette est un peu plus irrégulière à gauche qu'à droite. Seule la portion gauche de la 6° cervicale est aplatie en forme de coin entre 5 et 7, néanmoins sa densité osseuse est bonne. La direction de la colonne cervicale se rapproche de la normale, la concavité gauche a presque disparu. Il n'est pas douteux que le processus destructeur a été arrêté, que la fonte vertébrale a été enrayée, que les parties raréfiées des vertébrales cervicales se sont densifiées à nouveau ». En définitive, l'on voit qu'il y a eu *réparation osseuse des lésions vertébrales*, et cela est à rapprocher de la disparition de la masse thoracique englobant le plastron sterno-costal qui pouvait elle aussi (bien que nous ne puissions l'affirmer) être une lésion osseuse analogue.

Récemment, en Mars, le malade fit chez lui une pleurésie avec poussée fébrile, douleur violente, dyspnée ; le médecin fit une ponction dont nous n'avons pas vu le résultat. Aussitôt rétabli il revint suivre son traitement radiothérapique. Une radioscopie faite le 7 Avril montre un épanchement pleurétique de la base gauche avec disparition de l'image diaphragmatique. Actuellement il est de nouveau amélioré et s'apprête à partir à la campagne.

OBSERVATION N° 5

Recueillie dans le service du Professeur Hartmann

Cor...Paul, 28 ans, lymphadenome de l'amygdale et du cou.

Entre le 2 Octobre 1917, salle Saint-Charles, pour une tuméfaction de la partie latérale gauche du cou.

Au mois de Mars 1917, le malade a remarqué dans la région sous-maxillaire gauche une petite grosseur de la taille d'une noix, pas douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Cette grosseur était mobile et les mouvements imprimés n'étaient pas douloureux. Au mois de Mai, un médecin militaire croyant que la grosseur était due à une carie dentaire, lui enleva deux dents ! mais cela n'eut aucune action sur la tuméfaction. Celle-ci augmenta progressivement de volume, atteignant le volume d'une pomme, jusqu'à la fin juin. Elle n'est toujours pas douloureuse. A cette époque, le malade remarqua, au-dessous de la première grosseur, une seconde petite masse de la taille d'une noix environ pas douloureuse, et mobile.

Au mois de Juillet, il fut envoyé à Salies-de-Béarn, pour prendre des bains. Là, au bout de quelques jours, sa tuméfaction augmenta beau-

coup de volume, et apparut de la gêne de la déglutition surtout marquée pour les solides. A la fin d'Août, le patient éprouve quelques tiraillements derrière l'oreille gauche : mais ces tiraillements ne durèrent qu'une dizaine de jours et disparurent complètement.

Depuis, augmentation progressive et régulière de la tumeur, elle n'est toujours pas douloureuse, sauf quand on exerce une forte pression à son niveau, elle gêne les mouvements de la tête, et la déglutition est de plus en plus gênée. Le malade signale en outre dans sa gorge une grosseur douloureuse mais qui ne saigne pas. Depuis le début de sa maladie, il a conservé un bon état général, il n'a pas sensiblement maigri.

A. P. — Rhumatismes en 1907. Bronchite Janvier 1917. Emphysème depuis une dizaine d'années.

A. H. — Parents bien portants.

A. C. — Femme 24 ans bien portante, ni frères, ni sœurs, une fille en bonne santé.

Examen le 2 Octobre 1917. — A l'inspection on voit sur la face latérale gauche du cou, une tuméfaction atteignant environ le volume de deux poings, irrégulière et présentant une forme de brioche à petite extrémité inférieure. Cette tuméfaction remonte semblant suivre, les contours du maxillaire inférieur mais dépasse l'oreille en arrière d'environ 4 travers de doigt. Au niveau de

cette tuméfaction on ne note aucune modification de la peau, ni de circulation veineuse sous-cutanée.

Au palper la tuméfaction présente quelques bosselures, mais elle a partout la même consistance : elle est dure, nullement dépressible.

Elle n'adhère nullement à la peau qui est mobile sur elle, et elle est légèrement mobile sur les plans profonds. Elle ne semble pas adhérer au maxillaire inférieur dont les mouvements restent possibles et ne se transmettent pas à la masse.

En arrière de l'oreille, on ne sent pas la mastoïde, mais on ne peut pas distinguer si la tumeur adhère au temporal. A la partie inférieure et antérieure de la masse, on aperçoit le tendon du sterno-cleïdo-mastoïdien, et si on cherche à le suivre en remontant, il semble qu'il se perd dans la masse.

Quand on fait ouvrir la bouche, on remarque dans l'orifice du pharynx, en arrière du pilier gauche, et semblant venir du côté gauche, une masse irrégulière presque bourgeonnante, d'une teinte rosée, mais présentant par places des plaques jaunâtres du volume d'une grosse noix verte environ.

Au palper cette masse est d'une consistance générale ferme et légèrement mobile. Elle semble rattachée à la paroi gauche du pharynx par un pédicule largement implanté.

Elle n'est pas douloureuse au palper.

5 Novembre 1917. — Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, ablation de la partie moyenne de la masse ganglionnaire en excisant environ le $\frac{1}{3}$ de la masse, environ 2 poings comme volume, dans une masse molle friable, avec plages légèrement jaunâtres. Une veine vide traversait la masse, une fois celle-ci enlevée, il y revient un peu de sang ; il semble que ce soit la jugulaire interne. Ligature à sa partie supérieure.

2 tubes de radium, 0,05 chacun sont placés dans la partie inférieure laissée, 48 h.

Réunion avec un drain.

Résultats histologiques :

Peu de réticulum entre les cellules rondes. L'aspect est celui du sarcome dit globo-cellulaire (lymphocytome atypique de Ménétrier). Néoplasie maligne du groupe des lymphocytomes.

Le 27 Novembre 1917. — La partie moyenne du cou est restée guérie depuis notre opération, la partie inférieure traitée par le radium a fondu. La partie moyenne, s'est considérablement développée. On y introduit par ponction au bistouri 4 tubes de radium pendant 48 heures.

L'amélioration constatée ne persiste pas, il se produit une généralisation avec métastases multiples (cou, aisselle, genou, sternum) et le malade meurt cachectique le 10 Février 1918.

*Résultats histologiques des pièces provenant
de l'autopsie*

L'examen microscopique montre, un réticulum net, l'aspect du lymphadénome (lymphocytome typique de Ménétrier).

Les métastases osseuses (genou, sternum) ont une structure identique à celle de la tumeur primitive partie des ganglions cervicaux.

EXAMEN CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Telles sont les observations, rares il est vrai, que nous avons pu relever au cours de nos recherches. Ce n'est pas cependant que nous n'ayons retrouvé d'autres observations de *lymphadenomes des os* : mais nous n'avons pas jugé utile de les retenir, car nous pensons que ce terme de lymphadénome englobe des affections extrêmement diverses.

Nous citerons par exemple l'observation de Nothnagel intitulée : « De l'affection pernicieuse des os. Lymphadenie ». Ce terme nous paraît créer une confusion.

Dans cette observation, en effet, Nothnagel rapporte l'histoire clinique d'un homme âgé de 24 ans qui présenta une affection ayant de prime abord de nombreux points communs avec la maladie qui nous occupe. Ce malade avait, en effet, une température ; la fièvre qui, quelques semai-

nes avant la mort, prit un caractère intermittent, et une légère hypertrophie ganglionnaire. Il présentait de nombreuses localisations osseuses surtout marquées au niveau du sternum et des diaphyses des os longs. De plus, l'examen anatomopathologique de ces tumeurs osseuses montra que le tissu médullaire normal avait été remplacé par un tissu blanc grisâtre, assez dense, constitué au point de vue histologique par des cellules rondes ayant l'apparence lymphoïde. De même au niveau du tissu qui englobait les os et au niveau des régions avoisinantes, l'examen histologique révèle une structure lymphoïde nettement caractérisée. Cependant lorsqu'on examine les faits d'un peu plus près, on s'aperçoit que ce malade avait en outre présenté des symptômes d'une anémie pernicieuse avec tuméfaction accentuée de la rate et hypertrophie peu marquée des ganglions. Des accès douloureux devenant de plus en plus intenses caractérisèrent l'évolution de l'affection. Bien que certains éléments de première importance, telle que l'étude de la formule sanguine soient absents, on peut admettre néanmoins qu'il s'agissait plutôt là d'une leucémie myélogène, dont c'est tout l'aspect clinique.

Il en était de même dans une observation publiée dans la thèse de Perrier (thèse de Paris 1884) où la rate prélevée à l'autopsie pesait 440 gr.

Seule l'observation de Kelsch communiquée à la société anatomique en Juillet 1872, pourrait

peut-être être retenue, la voici résumée brièvement.

Sur un cas de lymphadenie viscérale et osseuse

Z..., artilleur, âgé de 32 ans, entre au Val-de-Grâce le 26 Octobre 1872 au service des détenus.

Le malade est atteint d'une anémie profonde, il se plaint de douleurs vives à la tête, d'une fatigue et d'une faiblesse extrême. L'examen le plus minutieux ne révèle rien ni au tronc, ni aux membres, ni à la tête. Le palper abdominal donnait la sensation de petites tumeurs faisant présumer une hypertrophie de quelques ganglions mésentériques. Le malade alla en s'affaiblissant de jour en jour et deux mois environ après son entrée à l'hôpital il s'éteignit dans le marasme.

Autopsie : Rate hypertrophiée, pas de leucémie, petites tumeurs grisâtres dans les reins, les ganglions mésentériques et la tunique intestinale.

Le os qui composent la boîte crânienne ont une épaisseur double de celle qu'ils offrent habituellement. En outre ils sont infiltrés d'une matière lymphoïde. Les vertèbres, les os plats et la portion spongieuse des os longs sont aussi infiltrés de matière lymphoïde.

Cette observation présente bien des points communs avec celles que nous avons citées, mais cependant nous ferons remarquer qu'il nous man-

que bien des éléments de diagnostic positif : en particulier la température n'est pas étudiée, l'examen de sang se borne à la simple mention pas de leucémie, de plus la généralisation ganglionnaire est peu accusée. C'est pourquoi nous ne l'avons pas retenue.

Nous examinerons maintenant si les observations que nous avons recueillies rentrent dans le cadre clinique que nous avons rapidement esquissé au début de ce travail.

Tout d'abord un fait nous frappe c'est que, à part le malade de l'observation N° 3, aucun des autres patients n'accuse de prurit qui pourtant est considéré par les auteurs récents comme un des symptômes les plus importants de lymphogranulomatose. Cependant si effectivement le prurit y est très fréquent il peut quelquefois manquer, et Colrat dans sa thèse rapporte deux cas de maladie de Hodgkin bien caractérisés par ailleurs où le prurit n'existait pas.

On pourra nous objecter pour la malade de notre observation 1, que l'examen histologique du ganglion prélevé par biopsie n'est pas très démonstratif et qu'il y manque le polymorphisme cellulaire et la présence de grandes cellules de Sternberg.

Nous ferons d'une part remarquer combien la formule histologique est variable au cours de l'évolution du granulome malin et combien il est difficile de faire un diagnostic uniquement fondé

sur la cytologie. Les coupes ont été examinées à nouveau par M. Leroux du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. A son avis si la coupe n'est pas démonstrative, rien dans la structure du tissu examiné ne s'oppose à ce diagnostic : en effet en plus de l'hyperplasie diffuse du ganglion avec disparition complète de son organisation normale, il existe des cellules légèrement hypertrophiées qui peuvent être considérés comme des cellules de Sternberg au début.

D'un autre côté, cette malade a présenté au cours de l'évolution, une poussée thermique ayant duré du 18 au 29 Janvier 1925 avec maximum à $38^{\circ}3$. Il y a eu dans la suite, stabilisation thermique, pendant une assez longue période avec même hypothermie : la température de la malade se tient aux environs de $36^{\circ}2$ - $36^{\circ}3$. Du 13 au 27 Mai, la patiente présente de nouveau une irrégularité dans sa courbe. La température qui est à $36^{\circ}3$ monte brusquement jusqu'à $37^{\circ}3$ et s'y maintient pendant une quinzaine de jours. Nouvelle stabilisation thermique depuis. Il est à remarquer que la malade est âgée de 82 ans ce qui explique peut-être que les réactions fébriles soient de moindre amplitude. Enfin elle présente de la généralisation ganglionnaire, et le syndrome hématologique s'est montré net, particulièrement, dans notre dernier examen. Ceci nous donne à penser qu'il s'agit bien là d'une lymphogranulomatose.

De même pour la malade de l'observation N°

2, bien qu'elle ne soit pas publiée sous le nom de lymphogranulomatose, nous pensons qu'il s'agit bien là de cette affection, car l'examen histologique nous paraît assez net. On signale la présence de grandes cellules atypiques, qui sont probablement des cellules de Sternberg ; polymorphisme cellulaire avec polynucléose neutrophile et éosinophilie tissulaire. L'examen de sang a lui aussi donné des renseignements assez nets à savoir (polynucléose et légère éosinophilie). Il y a eu hypertrophie ganglionnaire généralisée et généralisation à la peau. Un détail cependant est à noter c'est que dans le cours de l'évolution, les tumeurs qui d'abord n'étaient pas adhérentes à la peau, après une première régression contractèrent par la suite des connexions très intimes avec celle-ci, dont la coloration fut également modifiée. Cependant il n'y eut pas d'ulcérations et même les tumeurs osseuses régressèrent complètement une seconde fois en ne laissant après elles qu'un léger œdème de la peau.

Il est peut-être possible de s'expliquer ce fait, par l'évolution un peu plus rapide que normalement de la maladie, qui fut fatale en 14 mois.

A l'autopsie en outre il y avait, en plus des lésions tuberculeuses du poumon, mais comme le détail histologique des lésions bacillaires n'est pas donné peut-être, s'agissait-il là de localisations de lymphogranulomatose : qu'on observe fréquemment et qui simulent si souvent la tuberculose.

Dans l'observation N° 3, le diagnostic est nettement affirmé grâce à certaines données cliniques à l'appui, telles que l'hypertrophie ganglionnaire progressive, et le syndrome hématologique habituel, mais le détail histologique n'est pas fourni, de plus, l'auteur a pensé, étant donnée la localisation osseuse, à la tuberculose, il parle même de l'apparition dans la masse des fessiers d'un abcès auquel il donne le qualificatif « d'abcès froid ». Ceci n'est évidemment pas en faveur de la lymphogranulomatose mais comme le font justement remarquer les auteurs, la tumeur osseuse n'a pas été examinée histologiquement et sa rapide disparition par le traitement aux rayons X n'est pas en faveur d'une lésion bacillaire qui n'est pas ou peu influencée par la Roentgenthérapie.

Les malades des observations 4 et 5 ont présenté le syndrome complet de la lymphogranulomatose il n'y a donc pas lieu de discuter à leur sujet.

Dans le Journal américain de Roentgenologie et radiumthérapie, plusieurs médecins radiologistes, rapportent brièvement, sous forme de souvenirs personnels, mais sans observations précises ni détaillées un certain nombre de faits intéressants au sujet de la localisation de la lymphogranulomatose. C'est pourquoi nous ne les avons pas cités dans notre travail. De plus tous ces faits ne nous paraissent pas également acceptables. En particulier le fait rapporté par le Dr Stern, de

New-York City, où, dans un cas de maladie de Hodgkin, soumis à son observation, il a incisé un abcès du dos du pied, consécutif à une destruction du second métatarsien, une fistulée en est résultée. Abcès et fistule nous semblent bien plus être le fait de la tuberculose que de la lymphogranulomatose. Du reste, l'auteur est très prudent et dit que les lésions irradiées semblent répondre aux rayons de Roentgen aussi bien que les adénopathies. Mais l'absence d'une observation détaillée ne nous a pas permis de les discuter utilement.

*Etude Clinique des localisations osseuses
survenant au cours de la lymphogranulomatose*

Le petit nombre d'observations, que nous avons réunies, ne nous permet pas de fixer d'une façon précise et définitive l'allure clinique des localisations osseuses survenant au cours de la lymphogranulomatose. Des documents plus nombreux sont indispensables, pour établir ce travail.

Néanmoins, en nous basant sur les quelques cas que nous avons réunis, nous allons essayer de mettre en évidence les caractères qui nous ont semblé les plus saillants.

Existe-t-il une forme généralisée localisée d'emblée au squelette, et constituant le début de l'évolution ? A la vérité, cette forme nous paraît très rare si tant est qu'elle puisse exister. Des

observations surtout publiées en Allemagne, que nous avons consultées, il semble résulter qu'il s'agit plutôt de myélomes. Seule l'observation de Kelsch pourrait peut-être être interprétée comme un cas de cette forme mais nous avons déjà donné plus haut les raisons qui nous ont fait écarter cette observation.

Localisations osseuses survenant au cours de l'évolution de la lymphogranulomatose. — La localisation peut se faire soit au début soit au cours de l'évolution créant des difficultés d'interprétation variables. Elle peut se faire en plusieurs étapes : dans ce cas un premier foyer osseux apparaît, s'accompagnant des signes habituels de l'affection, puis après un intervalle variable, on observe de nouvelles localisations osseuses. Cette éventualité s'est rencontrée chez nos malades des observations n^{os} 1 et 2.

En ce qui concerne la rapidité de leur croissance et de leur développement, on constate que ces tumeurs acquièrent assez rapidement un certain volume. Dans la suite si elles continuent à se développer, elles le font avec une lenteur beaucoup plus grande. Ce fait nous a paru assez constant ; il est particulièrement net dans les observations 1 et 2.

L'évolution de ces tumeurs est également intéressante : elles sont en effet capables de régresser spontanément et cela avec une très grande rapi-

dité. Un exemple de cette régression nous est fournie par l'observation de la malade n° 2. La disparition de la tumeur fut si rapide et si complète que les auteurs parlent « d'une amélioration fantastique des tumeurs ».

Cette disparition spontanée des tumeurs est digne d'être notée, car le plus souvent on l'attribue à l'action heureuse du traitement. Cela nous prouve à quel point il faut être prudent dans l'appréciation des résultats thérapeutiques. Il s'en faut du reste que cette rémission soit toujours définitive. Au bout d'un temps plus ou moins long, des récidives se produisent et la tumeur qui avait disparu peut reprendre et même dépasser son volume primitif. Cette constatation peut s'expliquer par le fait bien connu maintenant de la transformation fibreuse des lésions de la lymphogranulomatose. Mais nous savons aussi que dans les interstices existant au sein du tissu fibreux, persistent toujours des cellules atypiques susceptibles d'une nouvelle prolifération.

Les symptômes subjectifs sont assez peu nombreux. Les douleurs spontanées et provoquées n'existent pas. Cependant, le malade de l'observation n° 4 présenta des douleurs sciatiques. Ce fait était peut-être dû à la compression des branches du nerf sciatique par les ganglions hypertrophiés.

Enfin ces tumeurs osseuses coexistent avec un état général, qui reste longtemps satisfaisant. Ce

n'est qu'à une période tout à fait ultime de l'affection que le malade perd ses forces pour finir dans le marasme.

Symptômes objectifs. — Immobiles, adhérant fortement à l'os, ces productions paraissent offrir une consistance dure et uniforme. Ainsi Pfahler (observation 3) dit que la tumeur avait la consistance de l'os. Elles sont à contours nets, ne contractant pas d'adhérences avec la peau et les tissus voisins.

Au début de l'évolution ces tumeurs peuvent s'accompagner d'une hypertrophie des ganglions tributaires de la région. Mais dans la suite ce caractère perd de son intérêt, lorsqu'on examine un peu plus tardivement les malades on peut en effet constater une augmentation de volume des ganglions lymphatiques qui peuvent être plus ou moins éloignés, et nullement tributaires de la région envahie.

L'examen de sang montre toujours, tout au moins à un moment donné, une polynucléose neutrophile avec éosinophilie. L'anémie est peu marquée et porte plutôt sur le taux de l'hémoglobine que sur le nombre des globules rouges qui cependant diminuent progressivement en nombre.

CONCLUSIONS

I. — Les localisations osseuses au cours de la lymphogranulomatose, sont extrêmement rares, mais, contrairement à ce qu'on a récemment écrit, il est possible d'en retrouver quelques observations dans la littérature.

II. — Les localisations osseuses apparaissent soit au début soit au cours de la lymphogranulomatose. Au point de vue clinique, elles ne présentent pas de symptômes objectifs qui leur soient particuliers. Elles sont susceptibles de régresser spontanément et en tous cas de diminuer sous l'influence d'un traitement par les rayons.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BACKHOUSE. — De la lymphadenie aleucémique (Maladie de Hodgkin), Paris, 1913-14.
- BERARD ET FAVRE. — Forme localisée, pseudo-sarcomateuse du granulome malin. Société de Chirurgie de Lyon, 30 Avril 1914 (in Lyon Chirurgical, 1914, tome II, page 87).
- BROUSSES ET GERARDIN. — Du Lymphotarcomes. Mémoires de l'Académie de Médecine 1887, Tome 35.
- BÉCLÈRE. — Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux n° 23, Juillet 1924, page 961.
- COLRAT (L.). — L'adénie eosinophilique prurigène (Lymphogranulomatose), Thèse de Lyon, 1921.
- FAVRE ET COLRAT. — Adénie eosinophilique prurigène. Paris Médical, n° 8, Février 1925.
- GUGGENHEIM H. — De la lymphogranulomatose et de ses rapports avec les autres lésions systématisées de l'appareil hématopoiétique. Thèse de Paris, 1913.
- GILLET. — La lymphogranulomatose maligne (Maladie d'Hodgkin). Son traitement par la radiothérapie. Thèse de Paris, 1924.
- HAMMER. — Ostéite primaire d'origine sarcomateuse avec fièvre chronique à rechute. Wirchow's archives. B 137. Analysé in revue des Sciences médicales, T. 45, page 466.
- KELSH. — Bulletin de la société anatomique de Paris, Juillet 1873.
- LACRONIQUE (G.). — Maladie de Hodgkin (Lymphogranulomatose). Thèse de Lyon, 1912.

- LANGHANS. — Du lymphosarcome Virchow's archive, T. 54.
Analysé in Archives générales de médecine, juillet
1872.
- LOUSTE. — Bulletins et Mémoires de la Société médicale
des Hôpitaux, N° 18, Mai 1924, page 761.
- MÉNÉTRIÉR. — Le Cancer, J.-B. Baillière, 1909.
- NOTHNAGEL. — De l'affection pernicieuse des os, Lympha-
denie, Internationale Beitrage zur int. medi. Testchrift,
Virchow. Tome II, 1892.
- PFÄHLER ET O'BOYLE. — The American Journal of Roent-
gentherapy and Radiology. New-York, Mai 1924, To-
me II, page 406.
- PERIER. — Lymphadenome des os. Thèse de Paris, 1884.
- PETTIT ET MOUCHET. — Archives de médecine expérimentale
et d'Anatomie Pathologique, n° 1, Janvier 1905.
- PRIEUR. — La maladie de Sternberg (maladie de Hodgkin),
thèse de Paris, 1924.
- ZAHN. — Des lymphosarcomes multiples de la moelle os-
seuse. Revue médicale de la Suisse Romande. Août
1886-VI, page 581.
-

